

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

625

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 21 Juillet 1899, à 9 heures

Par **RAMONET**

L'IODISME
ET LES GLANDES SALIVAIRES

Président : M. FOURNIER, professeur

Juges : { MM. HUMBERT
GAUCHER } *Agrégés*
WIDAL

*Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront
faites sur les diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

GEORGES CARRÉ & C. NAUD, ÉDITEURS

3, Rue Racine, 3

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

625

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 21 Juillet 1899, à 9 heures

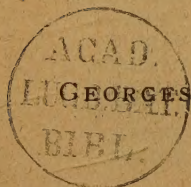
Par **RAMONET**

L'IODISME
ET LES GLANDES SALIVAIRES

Président : M. FOURNIER, professeur

Juges : { MM. HUMBERT
GAUCHER } *Agrégés*
WIDAL

*Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront
faites sur les diverses parties de l'enseignement médical*



PARIS

GEORGES CARRÉ & C. NAUD, ÉDITEURS

3, Rue Racine, 3

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	N.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	
Clinique chirurgicale.....	JOFFROY.
	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	DUPLAY.
Clinique des voies urinaires.....	LE DENTU.
Clinique d'accouchement.....	TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MÉRY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRAIN.	LANGLOIS.	SÉBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIÉRY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

QUI A BIEN VOULU ACCEPTER LA PRÉSIDENTE DE MA THÈSE

AVANT-PROPOS

Nous nous proposons d'étudier ici l'action des iodures, et de l'iodure de potassium en particulier, sur les glandes salivaires, et les accidents auxquels ils peuvent donner naissance.

Nous diviserons notre sujet de la façon suivante :

- 1^o *Elimination* de l'iodure de potassium par la salive ;
- 2^o L'iodure de potassium produit-il l'*atrophie* des glandes salivaires ?
- 3^o Symptômes salivaires habituels ;
- 4^o Sialorrhée ;
- 5^o Iodisme ourlien ;
- 6^o Etiologie ;
- 7^o Diagnostic ;
- 8^o Traitement.

Nous donnerons enfin les conclusions auxquelles nous a conduit cette étude.

Avant d'entrer dans notre sujet qu'on nous permette de jeter un regard en arrière et de remercier chaleureusement tous les maîtres qui nous ont guidé et éclairé de leurs sages conseils.

Que nos premiers professeurs de l'Ecole de Reims veuillent bien recevoir ici notre souvenir ému, que M. le professeur agrégé Marfan (Hôpital des Enfants malades) reçoive l'expression de notre gratitude. M. le professeur agrégé Bar (Maternité de l'hôpital St-Antoine), nous a donné des preuves de sa sollicitude, qu'il reçoive nos remerciements sincères et l'assurance de notre profonde reconnaissance.

Nous devons trop à M. le docteur Jacquinet, professeur à l'Ecole de Reims, pour que nous puissions jamais nous libérer envers lui. Il sait quelle amitié nous attache à lui pour toujours.

Nous prions M. le professeur Fournier d'agréer nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

I

DE L'ÉLIMINATION DE L'IODURE DE POTASSIUM PAR LA SALIVE

Depuis la bouche jusqu'à l'an us, le tube digestif est semé d'une multitude innombrable de glandes qui servent non seulement à la sécrétion des sucs digestifs, mais encore à l'élimination d'un grand nombre de substances toxiques d'origine exogène ou d'origine endogène. C'est ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, que le mercure, même après injection sous-cutanée, s'élimine par les glandes du tractus gastro-intestinal. La preuve en est dans les ulcérations qu'on voit survenir tout le long de ce tractus dans les intoxications professionnelles ou accidentelles, alors même que la voie d'entrée du poison n'est pas le tube digestif, mais la muqueuse respiratoire ou une cavité quelconque (utérus) ou une surface dénudée (plaie) etc. Ce qui s'observe pour les glandes microscopiques de Lieberkühn ou de Brünner s'observe aussi pour les glandes salivaires. L'un des premiers

symptômes de l'intoxication mercurielle est la salivation hydrargyrique. La salive renferme, dans ces conditions, une quantité notable de mercure puisqu'elle blanchit l'or.

L'iodure de potassium s'élimine de la même façon par les glandes salivaires. Claude Bernard (1) a montré le premier avec quelle rapidité se faisait cette élimination et combien cette élimination précédait celle d'un grand nombre d'autres substances. Ouvrant la veine crurale d'un chien, il y injecte cinq centimètres cubes d'une solution au centième de prussiate jaune de potasse en même temps qu'une quantité égale d'une solution semblable d'iodure de potassium ; cette dernière substance apparaît presque instantanément dans la salive de l'animal, alors qu'aucun des réactifs habituels ne décèle la plus petite trace de ferrocyanure. Dans l'urine au contraire, on le trouve en quantité considérable, ce qui démontre surabondamment la pénétration de cette substance dans l'économie, bien que les glandes salivaires se refusent à l'éliminer.

Tandis que l'iode et ses composés passent très rapidement dans la salive, les principaux sels de fer ne s'y retrouvent pas, dans les circonstances ordinaires. On peut pourtant triompher, pour ainsi dire, de cette résistance des glandes salivaires en combinant le fer avec une substance qui passe facilement par ces glandes, ce qu'on réalise en injectant de l'iodure de fer, qui se retrouve très rapidement dans la salive à cause de l'iode qu'il renferme.

(1) CLAUDE BERNARD. Physiologie opératoire, page 512.

Cette élimination de l'iode par les glandes salivaires se poursuit longtemps. Si l'on administre, par exemple, de l'iodure de potassium à un chien, on en retrouvera les traces dans la salive pendant des semaines entières. « L'iode (1) se meut comme dans un cercle : il passe dans la salive en vertu de l'affinité élective des glandes ; mais l'animal continuant à avaler sa salive imprégnée qu'elle est de ce corps, en absorbe de nouvelles quantités. Cela pourrait durer indéfiniment ; mais qu'on purge fortement l'animal et alors l'iode sera évacué en bloc par l'intestin et disparaîtra de la salive ». Ce fait n'est pas sans intérêt pour expliquer certains faits, anomaux de prime abord, tels que ceux où l'on voit survenir (ainsi que cela eut lieu dans l'observation de M. Triboulet que nous rapportons plus loin), les incidents d'intoxication alors que le malade ne prend plus de médicament.

Cette élimination médicamenteuse suppose que le passage de la substance chimique s'effectue de dehors en dedans, c'est-à-dire, de la circulation sanguine périacineuse à l'intérieur des cavités acineuses. Mais l'inverse est aussi possible. La glande est capable de se laisser traverser par l'iode de dedans en dehors, du cul-de-sac glandulaire vers la circulation sanguine ainsi qu'en témoigne l'expérience suivante :

Cl. Bernard injecte dans le conduit parotidien d'un cheval une solution au centième d'iodure de potassium ; il lie le conduit au-dessus de la canule, et examine la sécrétion parotidienne du côté opposé. Il y retrouve immédiatement l'iodure de potassium, ce qui prouve

(1) CLAUDE BERNARD. *Loc. cit.*

qu'après avoir traversé toute l'étendue du système circulatoire, la substance injectée a été de nouveau éliminée par les glandes dans un espace de temps incroyablement court.

Utilisant cette notion de la rapidité avec laquelle l'iodure de potassium passe du sang dans la salive, M. Joseph Noé (1) se sert du moment d'apparition de l'iodure de potassium dans la salive comme point de comparaison dans l'appréciation de la perméabilité rénale. Il considère le moment de cette apparition comme l'équivalent de celui d'une injection dans le torrent circulatoire. Le rapport entre le début de l'élimination salivaire et celui de l'élimination urinaire, aussi bien que la durée de l'élimination salivaire sont, pour M. Joseph Noé, fonction de la perméabilité rénale.

Chez l'individu à l'état normal, l'élimination salivaire cesse un quart d'heure environ avant l'élimination urinaire. Dans certains cas de néphrite, elle cesse même un peu plus tard que cette dernière, ce qui est encore un indice de rétention rénale.

De cette courte étude physiologique, sur l'élimination de l'iodure de potassium par les glandes salivaires, on peut faire le résumé suivant :

- 1° L'iodure de potassium et les composés iodés s'éliminent avec rapidité par la salive ;
- 2° Cette élimination se fait beaucoup plus rapidement que pour n'importe qu'elle autre substance ;
- 3° Cette rapidité dans l'élimination rend compte des

(1) JOSEPH NOÉ. — Diagnostic de la perméabilité rénale. *Société de Biologie*, 9 février 1895.

accidents brusques d'iodisme qu'on peut voir survenir du côté des glandes salivaires ;

4° Le passage de l'iodure peut s'effectuer non seulement de dehors en dedans, de la circulation sanguine vers la cavité acineuse, mais encore de dedans en dehors de la cavité acineuse vers la circulation sanguine ;

5° L'iodure éliminé par les glandes, étant sans cesse repris par l'absorption digestive, parcourt dans l'organisme un véritable cercle qui prolonge indéfiniment son élimination définitive et rend compte des accidents tardifs que l'on peut observer, alors même que le sujet n'est plus astreint à une nouvelle absorption de médicament ;

6° Le rein est le véritable émonctoire de l'iodure. Mais lorsqu'il y a néphrite, cet émonctoire étant oblitéré il y a prolongation du passage à travers les glandes salivaires et, par suite, plus de tendance à la production des accidents d'iodisme du côté de celles-ci. La néphrite est donc une cause prédisposante aux accidents d'iodisme.

7° Le passage de l'iodure à travers les glandes salivaires n'est pas une véritable élimination puisque l'iode rejeté par les glandes est repris par le tube digestif et de nouveau absorbé.

II

L'IODE PRODUIT-IL L'ATROPIE

DES

GLANDES SALIVAIRES

L'Iodure de potassium a, sans nul doute, une influence considérable sur la nutrition. Il produit chez l'individu qui l'absorbe un amaigrissement assez rapide, en même temps que l'appétit s'exagère par suite de cette dénutrition. Le tissu grasseux disparaît.

Jahn (1) qui fit, en 1829, une étude approfondie de l'iodisme, ajoute « qu'on constate la disparition du système glandulaire » et il cite l'autopsie de deux individus cancéreux, chez lesquels on a constaté, à cause de l'iodure de potassium, la disparition des glandes mésentériques « lesquelles sont habituellement si développées dans le cancer de l'estomac », des glandes intestinales,

(1) JAHN. — L'Iodisme. *Arch. f. méd. Erfahr.* Berl. ; 1829 — I — page 338.

Dictionnaire des sciences médicales 1829. Paris.

de la glande thyroïde, des capsules surrénales, du foie, de la rate, des ovaires.

Coindet (1) dit avoir observé quelquefois une diminution des seins, une diminution très rapide, ou disparition plus ou moins complète d'un goître dur.

Bardier (d'Amiens) (2), Delfiz (3), Hufeland (4), Cullerier (5), Ricord (6), ont constaté l'atrophie mammaire, Rilliet (7), l'atrophie testiculaire.

Toutes ces observations, très anciennes d'ailleurs, ne résistent pas à l'examen. Et pour ne discuter que celle de Jahn, il est invraisemblable de comparer entre elles des glandes telles que les ganglions lymphatiques et le foie. Il est, de plus, extraordinaire de rapporter la diminution de volume des organes à l'iodure, alors que le sujet est mort d'une maladie aussi anémiant et aussi cachectisante que le cancer.

Le professeur Fournier, Nothnagel, Rossbach n'ont jamais constaté l'atrophie glandulaire et, malgré des mensurations répétées ces deux derniers auteurs n'ont jamais noté de diminution de volume des seins.

A priori donc, il est peu vraisemblable que l'iodure

(1) Coindet. — Biblioth. univ. de Genève, vol. XIV — 1820 page 190.

(2) Barbier d'Amiens. — Atrophie mammaire pendant un traitement par l'Iode (1825).

(3) Delfiz. — Atrophie mammaire iodique. *Journal de Phys.* 1825 page 393.

(4) Hufeland. — Effet de l'Iode sur la glande mammaire. *Journ. f. prak. Heilkunde* Juin 1824. — *Bulletin des Sc. de Férussac* 1825. Tome IV, page 187.

(5) Cullerier. — Atrophie testiculaire et mammaire. *Revue médicale* 1847 vol. II page 603.

(6) Ricord. — Augmentation du poids, salivat. etc... dans le Traitement par l'iodure de Potassium — *Bul. thérap.* T. XVII n° 26, p. 164.

(7) Rilliet. — Iodisme constitutionnel (*Bulletin de Acad. méd.* 11 janv. 1858. Tome XXIV, page 23). *Union médicale* (1860). 2 S. IV, page 433. *Gaz. hebdom. de Méd. et de Chir.* Tome VII (1860), page 23.

de potassium ait davantage une action atrophiante sur les glandes salivaires. Il n'en existe d'ailleurs aucune observation dans la littérature médicale.

Coindet, Boehm, Reynier, Villar, Lawrie Adaïr ont, au contraire, vu les glandes salivaires parotidiennes et même sous-maxillaires se tuméfier ; mais c'est là une question que nous verrons à part. Retenons pour le moment que loin de s'atrophier sous l'influence de l'iode, les glandes salivaires doivent au contraire s'hypertrophier puisqu'on les voit fonctionner d'une manière exagérée.

III

SYMPTOMES SALIVAIRES HABITUELS

Nous avons vu que très rapidement l'iodure de potassium passe dans la salive, et qu'à cause de la reprise de la substance par le tube digestif, ce passage dure très longtemps et se prolonge bien au-delà du temps d'absorption du médicament.

Il en résulte que pendant toute la durée de l'absorption médicamenteuse, se produisent un certain nombre de symptômes salivaires à peu près obligatoires.

C'est d'abord une *saveur* « comme salée, comme métallique » (Fournier) (1), surtout accentuée à jeun ; le professeur Fournier pense que cette saveur ne s'accompagne d'aucune odeur désagréable. Cependant Briquet (d'Armentières) (2) pense qu'elle est généralement fétide. Nous avons nous même constaté sur deux ou trois malades en traitement ioduré, cette fétidité de l'haleine.

(1) FOURNIER. — Traitement de la syphilis.

(2) BRIQUET. — L'iodisme, *Semaine médicale*, 8 avril 1896.

Briquet, expérimentant sur lui-même, a trouvé que la saveur métallique se manifestait d'autant plus vite que la dose d'iodure est plus forte. En prenant quatre grammes d'un iodure quelconque à jeun, il l'éprouvait au bout de douze à quinze minutes ; avec des doses faibles, il fallait souvent trois quarts d'heure à une heure. Si ces mêmes doses étaient ingérées au milieu du repas, le goût d'iode n'apparaissait que plus tard : trois quarts d'heure pour les hautes doses et quelquefois plusieurs heures pour les doses faibles.

Qu'on emploie l'iodure d'ammonium, l'iodure de sodium, ou l'iodure de potassium, la saveur est identique. Elle est quelquefois si désagréable, qu'elle provoque une anorexie insurmontable, suffisante à elle seule pour contre indiquer le médicament d'une manière absolue.

Au début, peu de temps après la prise, il y a de la sécheresse de la bouche, la sécrétion salivaire semble diminuée. Mais ce n'est là qu'un phénomène tout à fait transitoire, car au contraire, la *salivation* apparaît rapidement. L'iodure, vaso-dilatateur par excellence, provoque parallèlement l'hypersécrétion salivaire, de là, la salivation. Cette salivation est très variable dans son abondance ; elle peut aller jusqu'à la sialorrhée. La salive renferme de l'iodure en quantité assez abondante pour être décelé par des réactions simples : ainsi en ajoutant quelques gouttes d'acide nitrique à la salive et en traitant par le chloroforme. L'acide nitrique met l'iode en liberté dans le liquide qui se colore en brun acajou ; le chloroforme, en dissolvant cet iode, prend une belle coloration rouge violet.

IV

SIALORRHÉE

Si la salivation est un phénomène ordinaire de l'iodisme, il n'est pas étonnant de voir apparaître la sialorrhée dans certaines circonstances. Il n'y a qu'une différence de degré entre salivation et sialorrhée. L'élimination est seulement plus abondante et plus rapide et peut s'interpréter comme un phénomène de défense plus actif.

L'observation rapportée dernièrement à la Société Médicale des Hôpitaux par M. Triboulet (1), sous le nom de sialorrhée post-grippale peut vraisemblablement être rangée dans cette catégorie de faits. Et si l'auteur penche plutôt pour un phénomène critique de la grippe, il faut dire que MM. Rendu et Variot, dans la discussion qui suivit à la Société médicale des hôpitaux, s'inscrivirent en faveur de l'iodure de potassium.

(1) TRIBOULET. Sialorrhée post-grippale, *Société médicale des hôpitaux*, 12 mai 1899.

La sialorrhée survint le lendemain de la suppression du médicament. C'était une sialorrhée qui, progressivement, atteignit un tiers, puis deux tiers de litre et enfin un litre de salive en 24 heures. Elle cessait pendant le sommeil. Les glandes salivaires étaient normales.

Si cette observation n'est pas absolument péremptoire étant donné l'absence d'accidents iodiques concomitants et l'apparition de la salivation à la suppression du médicament, il est certain pourtant que la sialorrhée peut se produire au cours de l'iodisme. Elle a été observée par un grand nombre d'auteurs, Ricord, Miss Bradley, Rose; etc...

IODISME OURLIEN

PAROTIDITES IODIQUES

Doit-on dire *parotidite iodique* ou *iodisme ourlien* pour désigner le gonflement des parotides ou même des sous maxillaire, (Lawrie Adair) qu'on voit survenir sous l'influence de l'iodure de potassium ? La question est difficile à trancher, en l'absence, heureuse d'ailleurs, d'examen nécropsique. Cependant puisque les documents histologiques font défaut, il vaut mieux ne pas employer le mot parotidite iodique qui semblerait indiquer une détermination anatomique connue et précise. Il est préférable de s'en tenir à l'expression clinique : *iodisme ourlien* ou *oreillons iodiques* qui indique du moins l'analogie symptomatique du processus sans préjudice de sa nature anatomique.

Villar (1), un des premiers, sous le nom d'*iodisme our-*

(1) VILLAR. *France médicale* 2 juin 1887. Iodisme Ourlier. Tome I, n° 64, page 766.

lier, décrivit les accidents parotidiens dûs à l'ingestion d'iodure de potassium. Il s'agissait d'un individu de 32 ans, qui avait pris le même jour 3 grammes d'iodure de potassium et qui vit survenir deux heures après la dernière cuillerée de la potion, des étternuements, des vomissements, de la dyspnée. En même temps, se développèrent des douleurs dans les parotides qui se mirent à gonfler. En cinq minutes, le gonflement acquit des proportions considérables avec prédominance du côté gauche. Le diagnostic porté fut tout d'abord celui d'oreillons ; le lendemain l'erreur fut rectifiée par Balzer et trois ou quatre jours après, le gonflement parotidien disparut grâce à la cessation du traitement ioduré.

Miss Bradley (1), dans sa thèse sur l'Iodisme, rapporté cette observation et y joint une observation inédite de Reynier que l'on trouvera plus loin.

Dans le cas de Reynier, il s'agit d'une lésion unilatérale d'apparence phlegmoneuse, au point qu'on eut pu songer à une adénite en imminence de suppuration. La cessation de l'iodure chez le malade, amena la disparition complète et définitive de la lésion.

Reynier raconte (Thèse de Miss Bradley) qu'il a observé deux autres cas d'oreillons iodiques, le premier à localisation unilatérale, le second à localisation bilatérale.

Comby (2) rapporte dans son livre sur les oreillons le cas d'une femme de vingt-cinq ans, syphilitique, qui

(1) MISS BRADLEY. — L'Iodisme. Thèse de Paris 1887, page 91.

(2) COMBY. — Les Oreillons. (Coll. Charcot-Debove 1893. Rueff, éditeur), page 184.

prend deux grammes d'iodure de potassium, et qui au bout de 24 heures, présente différents accidents d'iodisme et enfin un double gonflement parotidien égal et symétrique qui pouvait en imposer pour les oreillons. L'iodure supprimé, le gonflement disparaît.

Renault et Salmon (1), en 1894, ont rapporté à la Société médicale des hôpitaux, le cas d'une femme de 41 ans, qui après quinze jours de traitement par le proto-iodure d'hydrargyre et l'iodure de potassium, sentit gonfler ses parotides en même temps qu'elles devenaient douloureuses. Depuis cette époque l'état est resté le même, présentant des recrudescences au moment de l'été.

Ainsi donc, comme on voit, les déterminations ourliennes de l'iodisme débutent en général brusquement et souvent très vite après l'ingestion du médicament. Cette production rapide des accidents tient au passage presque immédiat de la substance médicamenteuse dans la salive. On a vu ainsi les oreillons iodiques débiter deux heures après la prise de l'iodure.

L'invasion s'annonce par une douleur dans les mâchoires, agacement dans les dents, contracture des masséters, et même léger trismus. Puis bientôt apparaît le gonflement.

On peut alors distinguer trois catégories de faits :

- a) *la lésion est unilatérale* et revêt la forme d'adénite suppurée ;
- b) *la lésion est bilatérale* et simule les oreillons ;

(1) RENAULT et SALMON. — Note pour servir à l'histoire de la parotidite double chronique. *Société médicale des hôpitaux*, 19 janvier 1894.

c) *la lésion est bilatérale, mais chronique.*

Lorsque la lésion est *unitatérale*, elle s'accompagne généralement de rougeur vive, d'œdème de la peau et simule absolument une adénite de la région parotidienne en voie de suppuration.

Reynier rapporte deux cas de ce genre auxquels nous faisons allusion au commencement de ce chapitre. Et il faut bien dire que ces observations sont peut-être constatables pour les raisons suivantes : (a) on ne conçoit pas très bien qu'une intoxication générale ne porte pas son action sur les organes symétriques, et produise des lésions unilatérales ; (b) le sujet qui en était affecté avait présenté des adénites serofuleuses de la même région, et la lecture de l'observation prouve que ce fut le diagnostic auquel on pensa le plus involontairement : (c) il n'est rapporté dans l'observation aucun symptôme concomitant d'iodisme, ni coryza, ni conjonctivite, ni acné. Ces accidents n'ont pas, du moins, été recherchés : (d) le seul argument à faire valoir en faveur de l'origine iodique de ce gonflement unilatéral est l'amélioration observée après la suppression de l'iodure ; mais on sait d'autre part combien l'iodure de potassium favorise l'éclosion des accidents inflammatoires chez les serofuleux et accélère la suppuration quand ces accidents existent.

Lorsque la lésion est *bilatérale*, elle est généralement typique et l'on pourrait dire que c'est là *la véritable forme de l'iodisme ourlien* (cas de Villar et de Comby). Le gonflement apparaît brusquement, dès le début de l'élimination salivaire. Il s'accompagne de salivation abondante et de nombreux symptômes d'intolérance iodique :

coryza, éternuements, picotement dans les yeux, oppression. Il peut y avoir en même temps douleur angineuse, rougeur du pharynx, mastication douloureuse, symptôme qui achève de conduire au diagnostic d'oreillons. Le malade de Villar avait la peau chaude, le pouls fréquent, la langue fébrile ; il se plaignait en outre d'une violente céphalalgie.

Les jours suivants, peuvent survenir d'autres accidents iodiques qui complètent le tableau tels que iodurides, acné, purpura, ulcères, etc., douleurs névralgiques, pleurodynie, diarrhée, etc.

Qu'il s'agisse d'oreillons unilatéraux, ou bilatéraux, la guérison est toujours lente à se produire, ce qui n'a rien d'étonnant si l'on songe au temps que l'organisme met à se débarrasser complètement du médicament.

Il semblerait enfin d'après l'observation de MM. Renault et Salmon que la lésion parotidienne put passer à la *chronicité*. Les circonstances qui d'après cette observation, semblent favoriser le passage à l'état chronique sont la continuation de l'absorption médicamenteuse, et la malpropreté de la bouche.

Il est vraisemblable, en effet, que dans cette circonstance, comme dans le cas où les phénomènes inflammatoires sont accentués, la lésion n'est pas pure, ainsi que l'ont montré Galippe, Glaisse (1), et Dupré (2), pour les autres parotidites. A l'élément toxique s'ajoute presque toujours un élément microbien ; et si le poison atteint la cellule glandulaire de dehors ou dedans, grâce à la voie

(1) GALIPPE. — *Société de Biologie*, 3 février 1864.

(2) GLAISSE et DUPRÉ. — *Société de Biologie*, 27 janvier 1894.

sanguine qui l'y conduit, le microbe vient la traverser de dedans en dehors grâce à l'infection ascendante des canaux excréteurs, dont l'ouverture externe plonge dans la bôche, milieu infecté par excellence.

L'action du médicament n'est réellement pure que dans les cas d'oreillons bilatéraux subits, développés peu de temps après l'ingestion. Il s'agit là vraisemblablement de troubles vaso-moteurs qui s'accompagnent d'hypersécrétion salivaire.

VI

ÉTIOLOGIE

Le nombre de gens qui absorbent de l'iode sous toutes ses formes est considérable et pourtant bien peu sont atteints d'accidents salivaires en particulier. Quelles sont les causes capables de provoquer l'apparition de ces accidents ? Il y a lieu d'examiner successivement dans cette étude étiologique :

1° Le médicament;

2° Le malade;

1° **Le médicament.** — Il convient d'envisager dans l'étude de l'action du médicament, la forme chimique, la dose et les impuretés qu'il peut renfermer.

a) *La forme chimique.* — Briquet (*loc. cit.* page 141), examine au point de vue de la fréquence de production des accidents iodiques, les différentes combinaisons iodées employées en thérapeutique et il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° On n'est guère à l'abri de l'iodisme léger, moyen ou grave que dans 25 % des cas ;

2° Les iodures de strontium, de potassium et d'ammonium, viennent en tête ; l'iodure de sodium loin derrière eux. L'iodure de rubidium paraît donner encore moins d'iodisme que l'iodure de sodium.

3° L'iodisme n'est violent que dans 10 à 15 % des cas et encore n'est-on pas toujours obligé de suspendre la médication, car souvent la tolérance s'établit malgré la continuation du traitement ;

On voit donc que l'iodure de potassium employé si fréquemment, est le plus susceptible de provoquer des accidents d'intolérance médicamenteuse, il serait donc à souhaiter que son emploi fut restreint. Malheureusement, de tous les iodures, il est le plus actif, et même le seul vraiment efficace dans le traitement de la syphilis.

b) *La dose du médicament.* — Le professeur Fournier considère les doses faibles comme plus nocives que les doses fortes : « Les petites doses paraissent particulièrement nocives ; elles l'ont été plus que d'autres jusqu'à ce jour. Je crois prudent de commencer par des doses moyennes plutôt qu'infimes. Je me demande même si je ne dois pas l'absence de cas mortels à ce que je me suis toujours tenu en garde contre les petites doses : dès le premier jour je donne deux grammes aux hommes et 1 gramme à 1 gramme 50 aux femmes. »

Lauder-Brunton l'affirme absolument et prétend même faire cesser les accidents d'iodisme en augmentant la dose du médicament.

Wolfe (1) est du même avis.

Briquet, reprenant la question, arrive à des conclusions tout à fait opposées : « Les faibles doses d'iodure n'exposent pas d'avantage, et exposent au contraire beaucoup moins que les doses moyennes ou fortes à la production des phénomènes d'iodisme ». Il s'appuie sur un grand nombre d'arguments pour soutenir son opinion contraire à l'opinion classique et en particulier sur une statistique personnelle fort soignée et basée sur un grand nombre de faits, capable d'emporter la conviction.

L'iodure de potassium en particulier donne, à la dose de 0 gramme 50 centigrammes 42 % de cas *sans* iodisme ; à 1, 2 et 3 grammes 23 %, 20 % et 16 % seulement de ces cas ; à 5 grammes et plus 6 % seulement.

Il dit en second lieu qu'un iodisme intense est d'autant plus à craindre, que la dose administrée est plus forte. En effet, dans sa statistique, l'iodure de potassium à 0 gramme 50, donne 39 % d'iodisme léger et 9 % seulement d'iodisme grave, tandis qu'à 5 grammes il donne 21 % seulement d'iodisme léger et 22 % d'iodisme grave. Le tant pour cent d'iodisme léger diminue donc avec la dose du médicament. Le pourcentage de l'iodisme moyen augmente au contraire avec elle : 10 % à 0 gr. 50 cent. d'iodure de potassium ; 19, 22. 28 % à 1, 2 et 3 grammes ; 51 % à 5 grammes. De même pour l'iodisme grave.

c). — *L'impureté du médicament.* — On a incriminé sans raison bien valable l'acide iodique et les iodates car ces

(1) WOLFE. — Empoisonnement par l'iodure de potassium. *Bull. Klin-Wochenschrift*, 3 août 1886.

deux composés ont pu être employés à l'intérieur sans provoquer d'accidents d'iodisme.

La décomposition secondaire de l'iodure par mise en liberté de l'iode paraît être une cause plus effective en ce qui concerne les phénomènes d'intolérance gastrique.

2^e *Le malade.* — Nous venons d'examiner l'action du médicament dans l'iodisme, voyons maintenant les conditions que doit remplir le malade.

a). — *L'idiosyncrasie.* — Le terme d'idiosyncrasie, que l'on invoque dans les cas d'intolérance médicamenteuse, cache en réalité notre ignorance. On ne doit l'employer que lorsqu'on a épuisé toute la série des causes prédisposantes que l'on peut relever chez le sujet atteint.

On a mis l'idiosyncrasie pour l'iode sur le compte de l'acidité naturelle des sécrétions qui favoriserait la décomposition de l'iodure et en particulier de l'hyperacidité gastrique. Kuss ne tient compte que de l'état du pouls : « Les personnes dont le pouls est fréquent sont moins rapidement impressionnées que celles dont le pouls est lent ; chez les premières on peut donner hardiment 1 à 2 grammes et augmenter rapidement les doses ; chez les autres, commencer par 0 gr. 50 centig., et agir avec réserve. Si à doses élevées l'iodisme ne se produit pas, on peut le produire en ralentissant le pouls par la digitale ».

Cette théorie n'a pas reçu la consécration des auteurs.

b). — Mais ces considérations s'appliquent à l'iodisme en général. Existe-t-il quelques raisons à invoquer pour expliquer sa *localisation sur les glandes salivaires* ?

Il est vraisemblable que *l'état de la bouche et des glandes*

salivaires influe sur la production de l'iodisme salivaire. L'infection ascendante des conduits glandulaires se fait d'autant plus facilement que leur orifice plonge dans un milieu infecté, dans une bouche malpropre où existent de nombreuses dents cariées, véritables repaires de microbes.

Il est certain, d'autre part, que les *parotidites antérieures* favorisent la localisation du processus-toxique sur les glandes salivaires, et à ce titre les professions qui intoxiquent les ouvriers (peintres, allumettiers), l'alcoolisme, sont des conditions prédisposantes.

Enfin l'élimination défectueuse due à l'imperméabilité rénale, en prolongeant le passage du médicament dans les glandes salivaires, augmente certainement les chances de parotidite iodique.

VII

DIAGNOSTIC

Le Diagnostic de l'iodisme ourlien est généralement facile lorsqu'on est prévenu de la possibilité d'accidents salivaires sous l'influence de la médication iodique.

Le seul danger est de pécher par excès et de rapporter à l'iodisme des accidents qui n'ont aucun rapport avec lui. On ne portera le diagnostic d'iodisme salivaire avec sûreté que lorsque coïncideront d'autres accidents d'iodisme tels que : coryza, larmolement, acné, etc. Enfin on ne négligera pas de rechercher l'iodure de potassium dans la salive, par l'acide nitrique et le chloroforme. L'examen des urines et de la perméabilité rénale complètera le diagnostic, au point de vue des déterminations pathogéniques.

VIII

TRAITEMENT

Le traitement des accidents salivaires de l'iodisme doit être envisagé sous deux aspects. Il faut prévenir les accidents, et s'ils se déclarent, il faut les conjurer.

Le traitement prophylactique consiste à tenir la bouche dans un état de propreté irréprochable, afin d'éviter les accidents d'infection du côté des conduits glandulaires et des acini de la glande. On aura recours pour cela à des lavages antiseptiques fréquents.

Il faudra être réservé dans l'emploi de l'iodure de potassium et ne l'administrer qu'à doses faibles soit de 0 gr. 50 à 1 gr. au plus comme le veut Briquet, ou d'emblée à la dose de 2 et 3 grammes suivant la méthode du professeur Fournier, mais sans jamais aller au-delà de 6 grammes.

On s'assurera en outre de l'état des reins et si la perméabilité rénale est trop faible pour éliminer l'iodure de potassium il faudra instituer tout d'abord le régime lacté.

Le traitement curatif de l'iodisme salivaire, n'est pas différent de celui de l'iodisme en général. Les accidents du côté des glandes salivaires, sont d'ailleurs, généralement bénins. On n'est obligé de recourir à la suppression complète du médicament que lorsqu'il y a d'autres phénomènes d'intoxication tels que coryza, larmolement, éternuements, et surtout de l'œdème du poumon.

Telle est en deux mots la conduite à tenir en présence d'accidents d'iodisme ourlien.

CONCLUSIONS

1° L'iodure de potassium s'élimine par la salive avec une très grande rapidité, car on peut en déceler la présence dans la bouche une heure après l'absorption du médicament.

2° Le passage du médicament à travers les glandes se poursuit pendant longtemps, même après la cessation de l'absorption, car le sel éliminé dans la salive est repris par le tube digestif, réabsorbé, et ainsi de suite.

3° La rapidité d'apparition d'iodure dans la salive, la prolongation inusitée et forcée de l'élimination par les glandes, explique les phénomènes constants d'iodisme qu'on observe au niveau des glandes salivaires.

4° L'iodisme ne produit pas l'atrophie des glandes salivaires.

5° L'absorption de l'iodure de potassium produit constamment de la salivation ; peut-être est-elle capable de provoquer la sialorrhée.

6° On désigne sous le nom d'*iodisme ourlien*, des accidents différents qu'on peut ranger sous trois chefs :

a) Des accidents inflammatoires unilatéraux qui simulent une adénite aiguë de la région parotidienne.

b) Du gonflement bilatéral aigu des glandes salivaires ressemblant en tous points aux oreillons.

c) Des accidents d'inflammation chronique presque toujours bilatéraux.

7° La réalité de la première catégorie d'accidents est peut-être contestable. Le gonflement simulant les oreillons vrais est la seule forme indubitable de l'iodisme salivaire. Les accidents inflammatoires sont peut-être provoqués par l'iode, mais la cause continuatrice de l'affection est sans doute l'infection surajoutée.

8° Le diagnostic d'iodisme salivaire ne peut-être porté avec quelque sûreté que quand il y a coexistence d'autres accidents iodiques tels que coryza, éternuements, aené, larmolement, etc.

9° Les causes prédisposantes de l'iodisme salivaire sont : la malpropreté de la bouche qui favorise l'infection ascendante des conduits glandulaires et surtout le défaut de perméabilité rénale, qui, en retardant l'expulsion de l'iodure par les urines oblige le médicament à passer plus longtemps par les glandes salivaires.

10° L'antisepsie de la bouche, et l'emploi de doses moyennes d'iodure de potassium, préviennent les accidents, et si ceux-ci se manifestent la suppression du médicament les fait disparaître.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Une femme de 25 ans, syphilitique, entre à l'hôpital Tenon le 31 mai 1892. Elle prend 2 grammes d'iodure de potassium le 1^{er} juin. Au bout de 24 heures, elle présente de l'œdème des paupières, du coryza, du larmoiement, de la salivation, et enfin, un double gonflement parotidien égal et symétrique, qui pouvait en imposer pour les oreillons. On supprime l'iodure, le gonflement disparaît. (1)

OBSERVATION II

Une femme de 41 ans est soumise, il y a 4 ans, au traitement mixte (deux pilules de proto-iodure d'hydrargyre par jour et un gramme d'iodure de potassium). Après quinze jours de ce traitement, les parotides deviennent grosses et douloureuses, et le gonflement a persisté jusqu'à l'époque actuelle. Tantôt la tuméfaction est indolore, tantôt elle subit des poussées inflammatoires douloureuses. Pendant 3 ans, le gonflement s'effaçait l'hiver pour reparaitre l'été ; depuis un an, il est permanent.

Dents en mauvais état, mais sans stomatite parfois salivation excessive, surtout au moment des repas. Rhumatisme chronique. (2)

(1) COMBY. — Les oreillons (Paris 1893. Rueff, éditeur), page 184.

(2) A. RENAULT et SALMON (Note pour servir à l'histoire de la parotidite double chronique. *Soc. méd. des hôp.*, 19 Janvier 1894).

OBSERVATION III

Parotidite iodique

Obs. de REYNIER (inédite)

(Thèse Miss Bradley 1887, page 89)

X..., 25 ans. Mère morte de phthisie; père bien portant pendant l'enfance; fièvres éruptives à 20 ans: tuméfaction des ganglions parotidiens; a craché du sang à ce moment; depuis ne tousse plus; et à l'auscultation, on ne constate qu'un peu d'expiration prolongée.

Depuis deux ans je le soigne pour cette adénite parotidienne du côté gauche. Adénite qui me paraît être une adénite tuberculeuse. Les ganglions, après avoir menacé de suppurer, sont devenus durs, et dans ce moment ils semblent devenir crétaçés.

Pour favoriser ce travail de régression, je l'ai mis depuis quelque temps à l'ioduré de potassium à l'intérieur. Il en prend depuis deux mois, avec des intermittences de quelques jours, un gramme par jour.

Le 7 août 1886. — Il vint me trouver pour un gonflement douloureux de la région *parotidienne du côté droit*; or jusqu'à présent, il n'avait rien eu de ce côté; les ganglions n'avaient été pris que du côté gauche.

Il y a de la chaleur au niveau de la région parotidienne de la difficulté à ouvrir la bouche, de la douleur à la pression. La veille, il a un léger mouvement de fièvre, il n'avait pas d'appétit; cependant il ne s'est pas couché.

Je pense tout d'abord à une adénite profonde, vu les antécédents du malade; et je cherche s'il y a une cause qui puisse expliquer cette tuméfaction subite. Les dents sont toutes saines de ce côté, et aucune n'est douloureuse au choc sur la couronne avec un instrument d'acier.

Je ne trouve aucune écorchure, aucune plaie sur le cuir

chevelu ; l'isthme du gosier est sain ; il n'y a pas de rougeur sur le pharynx, peu de mal de gorge. D'ailleurs l'autre région parotidienne n'est pas tuméfiée ; les ganglions durs, en partie caséifiés, en partie crétacés, ne présentent aucun changement de volume.

Le gonflement de la région parotidienne rappelait encore le gonflement ourlien comme consistance et comme aspect. J'interroge le malade pour savoir s'il a vu des enfants ayant des oreillons. Il est négatif à ce sujet.

Je lui conseille des cataplasmes, de se tenir à la chambre, tout en restant très embarrassé sur ce diagnostic.

9 août. — Je le vois deux jours après. Le gonflement a augmenté. Il n'y a pas de battement, pas d'élancement ; mais à la partie inférieure, il existe un point qui me paraît plus douloureux et plus œdématisé.

Cherchant toujours les causes de ce gonflement insolite, je demande au malade s'il prend toujours de l'iodure de potassium ; sur sa réponse affirmative, je l'engage à cesser d'en faire usage pour le moment.

12 août. — Depuis deux jours un mieux sensible s'est manifesté. Il y a moins de douleur à la pression : le malade écarte un peu plus facilement les mâchoires.

Il est évident aujourd'hui qu'il n'y aura pas de suppuration, comme un moment je l'avais craint.

15 août. — Le mieux s'est accentué ; la région parotidienne est presque revenue à son état normal.

17 août. — Tout est fini, le malade quitte la chambre ce jour-là.

Remarques. — Le diagnostic ici a été très difficile. Avons-nous eu affaire à une adénite profonde des ganglions intraparotidiens ? à une manifestation ourlienne ? ou à un accident iodique ?

En faveur de l'idée de l'adénite, on avait les antécédents du malade, l'adénite chronique de la région parotidienne du

côté opposé, et la susceptibilité ganglionnaire du patient. Mais n'est-il pas étonnant que les ganglions superficiels n'aient pas été pris ? qu'il n'y ait pas eu plus de fièvre ? que la résolution complète, et qui a persisté (le malade ayant été suivi toute l'année), que cette résolution se soit faite si rapidement ? Enfin, l'absence de causes appréciables, pour une adénite simple, doit bien faire hésiter sur un pareil diagnostic.

L'aspect seul de l'affection était en faveur de l'idée d'oreillons ; mais l'unitéralité, la difficulté de trouver la contagion, l'absence d'autres manifestations ourliennes, ne permettent pas d'affirmer un pareil diagnostic.

Au contraire, le mieux apparaissait avec la cessation du traitement iodique, la marche de la maladie peut plutôt faire penser que nous avons eu affaire à un accident iodique.

Je serais, pour ma part, d'autant plus disposé à accepter pareille idée, qu'à l'hôpital Saint-Louis, j'ai eu l'occasion deux fois d'observer les mêmes accidents sur des malades qui étaient à l'iodurè de potassium, un dans le service de M. Le Dentu, que je remplaçais à ce moment-là, et l'autre dans le service provisoire de chirurgie que j'ai fait pendant l'année 1886.

Chez ces deux malades, j'ai vu survenir, sans qu'il y ait eu de la contagion, un gonflement, unilatéral chez l'un, double chez l'autre, des régions parotidiennes. Ce gonflement rappelait comme aspect, comme consistance, le gonflement classique des oreillons ; comme lui, il était douloureux, empêchant l'écartement des mâchoires. Chez les deux malades il disparut en quelques jours, dès qu'on fit cesser l'iodure de potassium, qui chez l'un était donné à la dose de 2 grammes. Chez le malade au service de M. Le Dentu, il y avait en même temps du coryza, et un peu de rougeur au fond de la gorge.

D'après ces trois malades, il semblerait que sous l'influence de l'iodure de potassium, il peut se développer un gonflement douloureux de la région parotidienne, que je désignerai volontiers sous le nom d'*ourle iodique*.

OBSERVATION IV

Iodisme à localisation parotidienne
(Ourle iodique — Iodisme ourlier)

Par M. Francis VILLAR

Ancien interne des hôpitaux, Aide d'Anatomie à la Faculté
France Médicale, 2 juin 1887. Tome I, n° 64, page 766

S. (Jules), 32 ans, forgeron, entré à l'hôpital Saint-Louis, le 3 février 1883 (Service des baraques, lit numéro 72).

Pas d'antécédents héréditaires; père, toujours bien portant, mort à l'âge de 58 ans, des suites d'une plaie à la main; mère bien portante; trois sœurs et deux frères bien portants.

Etant enfant notre malade a eu de la gourme; mais il n'a eu, à cette époque, ni glandes dans le cou, ni maux d'yeux, ni écoulements d'oreilles.

Il y a vingt ans environ, il eut la variole.

Pendant l'hiver de 1870, notre malade eut l'oreille droite gelée. Depuis, tous les hivers, cette oreille se recouvre de croûtes qui tombent et disparaissent à l'approche de la belle saison.

Vers la même époque (1870), il fut atteint d'un érysipèle de la jambe droite, érysipèle consécutif à un traumatisme des orteils. Cet érysipèle était remonté jusqu'au pli de l'aîne, et on avait dû avoir recours au nitrate d'argent pour opposer une barrière à sa marche envahissante.

Il y a sept ans, S. entra à Lariboisière pour des accidents thoraciques qu'il attribuait à un chaud et froid.

Ces accidents n'étaient pas bien sérieux, au dire du malade; néanmoins, il ne quitta l'hôpital qu'au bout de cinq mois.

Le malade n'avoue pas de syphilis, dont il ne porte, d'ailleurs, aucune trace. Il prétend même n'avoir jamais eu la moindre blennorrhagie.

Enfin, il y a quelques années, il constata l'apparition d'engorgements ganglionnaires dans l'aisselle d'abord, puis dans le cou, etc.

Ce qui fait entrer le malade à l'hôpital, c'est un ulcère à la jambe droite, qui date de quinze jours, et qui reconnaît pour cause une brûlure (le malade est forgeron).

Cet ulcère siège sur la face interne de la jambe, à 8 ou 10 centimètres au-dessus de la malléole interne ; ses bords sont sinueux, surtout à la partie supérieure ; le fond en est grisâtre et sanieux. Au niveau du bord antérieur, on constate la présence d'une énorme veine variqueuse, présentant le volume d'une plume d'oie ; cette veine a, plusieurs fois, donné lieu à de petites hémorrhagies.

Autour de l'ulcère, dans une étendue de 10 centimètres environ, existe la zone classique à peau luisante et amincie.

Cet ulcère nous intéresse fort peu ; disons plutôt que le malade est porteur de tumeurs ganglionnaires dans l'aisselle du côté gauche, dans les deux régions sus-claviculaires, et qu'il en a eu dans le cou.

L'adénopathie axillaire occupe la paroi interne de cette cavité ; du volume d'un œuf de dinde, très dure, la tumeur ganglionnaire glisse bien sous la peau et sur les parties profondes.

Les tumeurs du creux sus claviculaire constituent des masses énormes qui font une saillie très apparente.

Enfin, il y a sept ans, le malade, qui portait, à cette époque, quelques glandes dans la région sous-maxillaire, a vu ces glandes s'enflammer et suppurer. Il porte encore des traces de cette suppuration, et l'on constate, du côté droit, des cicatrices caractéristiques.

On ne constate pas d'engorgement ganglionnaire, ni dans les régions parotidiennes, ni dans les régions auriculaires, ni dans les régions sterno-mastoïdiennes.

Il existe quelques petits ganglions indurés au niveau du pli de l'aîne. La rate est hypertrophiée.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital (c'était un lundi) le malade prend deux cuillerées d'*iodure de potassium*, l'une à 4 heures de l'après-midi, l'autre à 7 heures du soir, en tout 3 grammes. Nous devons ajouter qu'il n'en avait jamais pris auparavant.

Vers neuf heures, le malade est pris d'éternuements qui durent une demi-heure. Puis surviennent des vomissements (le malade avait mangé comme à l'ordinaire) et un certain degré d'oppression.

La crise pour ainsi dire terminée, le malade se plaint de douleurs dans les deux régions parotidiennes, qui commencent à enfler; au bout de cinq minutes, dit le malade, le gonflement avait acquis des proportions considérables.

A tous ces symptômes venait s'ajouter la céphalalgie. Tourmenté par cette céphalalgie et par la douleur parotidienne, le malade ne put fermer l'œil de la nuit.

Mardi matin, voici ce que je constate en examinant le malade: celui-ci a l'air abattu; la peau est chaude, le pouls fréquent, la langue un peu fébrile; l'orifice des narines est rouge, il existe des éruptions sur le front et le nez. Le malade se plaint de céphalalgie.

Mais, ce qui frappe surtout, c'est le gonflement des régions parotidiennes. Du côté droit, le gonflement est limité en haut par le lobule de l'oreille, en avant par le bord antérieur du masséter, en arrière par l'apophyse mastoïde. En bas, le gonflement se perd insensiblement dans la région sous-maxillaire.

Du côté gauche, la tuméfaction est beaucoup plus considérable et empiète largement sur la région latérale du cou.

Des deux côtés, la peau est rouge, chaude, et la pression est douloureuse.

Rien du côté des testicules.

En présence de ce tableau clinique, je songeai naturellement aux *oreillons*. Mais, M. Balzer, qui était alors à la tête du service, après avoir minutieusement examiné le malade, porta le diagnostic suivant:

Iodisme à la localisation parotienne chez un individu prédisposé. Et cela va sans dire, l'iodure de potassium fut supprimé.

Mardi soir. La journée a été bonne, le gonflement a un peu diminué du côté droit.

Mercredi matin. Bonne nuit; la tuméfaction a diminué des deux côté.

Mercredi soir. Diminution apparente.

Jeudi matin. Le malade va toujours bien. Diminution considérable des deux côtés. On peut par la palpation, délimiter des masses ganglionnaires.

Les jours suivants, la tuméfaction continue à diminuer, et le malade, pour des raisons spéciales, quitte l'hôpital quelques jours après. A sa sortie de l'hôpital, les régions parotidiennes n'avaient pas encore récupéré leur aspect normal.

Réflexions. — L'iodisme ourlier n'est pas extrêmement rare; M. Reynier en a observé trois cas, ainsi que le mien, seront bientôt rapportés dans la thèse de Miss Bradley, sur l'iodisme.

Je dois surtout faire remarquer la rapidité avec laquelle se sont produites les manifestations iodiques. Ainsi notre malade prend la première cuillerée d'iodure de potassium à 4 heures de l'après-midi, et les vomissements, la céphalalgie, la douleur, le gonflement des régions parotidiennes apparaissent vers neuf heures du soir; cette apparition, pour ainsi dire foudroyante, mérite d'être notée.

OBSERVATION V

Sialorrhée Post-Grippale

Par M. TRIBOULET

(Soc. méd. des hop. 12 mai 1899)

La sialorrhée, fait relativement banal au cours d'affections diverses intéressant la muqueuse buccale (Stomatite), fait fréquent aussi au cours des parotidites ou des inflammations de la glande maxillaire, peut relever parfois d'une influence plus générale, sans qu'il soit toujours facile, d'ailleurs de la rapporter à sa véritable cause.

Les quelques faits que nous relatons ici ont trait à de la sialorrhée, survenue au décours d'une atteinte de grippe, sans qu'il soit possible d'invoquer valablement quelque autre influence étiologique que celle de la maladie générale saisonnière.

Le premier cas qui nous est personnel, concerne une dame de cinquante-quatre ans, de robuste constitution, qui vient d'être atteinte de grippe légère, pour laquelle elle est restée trois semaines à la chambre. Pendant ce temps, elle prend 1 gramme d'antipyrine pendant six ou huit jours, et pendant quinze jours, une pilule chaque jour ainsi composée :

Sulfate de quinine. 10 centigrammes

Poudre de noix vomique. 2 »

Extrait de quinquina. 10 »

Pour une pilule.

Après ce traitement, qui répond à la période aiguë, la malade est soumise, pendant vingt jours, du 21 Mars au 9 Avril, à un traitement légèrement ioduré :

K I. 5 grammes.

Arsenate de Soude. 5 centigrammes.

Sulfate Strychine. 3 id.

Eau distillée 300 grammes.

à la dose de une cuillerée à soupe par jour, le matin à jeun.

Le lendemain de la cessation de ce traitement, le 10 avril, la malade est prise d'une sialorrhée progressive qui lui fait rejeter quotidiennement, un tiers, puis deux tiers de litre, et enfin un litre environ de salive.

Ce trouble fonctionnel durait déjà depuis dix-sept jours, au moment où j'ai vu la malade. L'écoulement de la salive est incessant ; toutefois, il s'arrête dans le sommeil, mais quand le sujet s'éveille la nuit, l'excrétion reprend. La salive a quelques caractères variables, suivant le moment où on l'examine : claire, filante le matin, elle est mousseuse dans la journée.

L'examen de cette malade n'a pu nous fournir aucun renseignement pour une interprétation valable de physiologie pathologique : la bouche est remarquablement saine, il n'y a aucune modification appréciable (gonflement, tension) des glandes salivaires, sous maxillaire ou parotide. L'estomac a ses fonctions régulières, le foie est de volume normal et l'examen des urines est absolument négatif au point de vue du sucre et de l'albumine.

Ce dernier détail, l'absence de l'albumine, a dans les cas de ce genre, une grosse importance, car les faits les mieux connus de sialorrhée *sine materia* se trouvent signalés au cours de l'urémie. (1).

Ajoutons que, dans la quatrième semaine, peut-être sous l'influence adjuvante du traitement belladonné, les troubles fonctionnels diminuèrent progressivement, et qu'au trentième jour la guérison était définitive.

Si, maintenant nous voulons interpréter la pathogénie des accidents, nous tombons dans l'incertitude presque absolue.

La première idée qui se présente, c'est celle d'une influence toxique, et des divers agents thérapeutiques employés. Chez notre malade, c'est l'iodure de potassium qui attire tout naturellement l'attention en effet, la salivation n'est-

(1) Renon. — Soc. méd. des hôp., 27 mai 1898.

elle pas une des manifestations possibles de l'iodisme médicamenteux ?

Or, il y a bien peu d'éléments confirmatifs de cette manière de voir dans notre observation, et, par contre, bien des détails contraires à cette observation.

L'iodisme se montre habituellement dans les premiers jours de l'absorption médicamenteuse : ici la salivation aurait attendu 20 jours pleins pour apparaître et il faudrait invoquer une accumulation vraiment singulière ; l'iodisme s'accompagne de coryza, de larmolement, d'éruptions cutanées plus ou moins acnéiformes, tous éléments qui ont manqué ici : l'iodisme entraîne le gonflement des glandes salivaires qui sont restées normales chez notre malade.

Malgré des faits intéressants de physiologie expérimentale rapportés par M. Variot, et concernant des observations d'accumulation de l'iodure de potassium pendant plusieurs jours, chez le chien, pour toutes les raisons que nous venons d'envisager, l'hypothèse toxique reste ici peu vraisemblable.

Il eût été intéressant, toutefois, de rechercher l'iodure dans la salive de la malade, en diverses périodes de trouble morbide, et c'est une omission vraiment regrettable.

L'hypothèse d'une crise hypersécrétoire, analogue à ce qu'on voit au cours de certaines névralgies très intenses du trijumeau, n'a pas à être soulevée ici, où rien n'attirait l'attention du côté du système nerveux périphérique.

Après élimination de l'influence toxique improbable, en dehors d'une influence nerveuse (névrose hystérique, par exemple), qui ne présente guère de symptômes de ce genre, et dont on ne pouvait ici soupçonner l'existence, il nous restait un seul élément étiologique possible, la grippe.

À défaut d'arguments valables, nous avions intitulé notre communication : *Stalorrhée post-grippale ?*

Or, aujourd'hui, grâce à des documents fournis par deux de nos confrères, ce que nous présentions dubitativement paraît pouvoir être affirmé.

M. le Dr. Levassort, de Paris, me signale l'observation

d'une de ses clientes qui, *sans autres causes appréciables qu'une grippe*, a été prise d'une sialorrhée intense, dont la durée a été d'un bon mois. Chaque jour cette malade crachait 1 litre 1/2 d'un liquide visqueux, à peine mélangé de mucosités. Rien dans la bouche, ni dans l'appareil salivaire : à noter, cependant, que les veines latérales de la langue et celles du plancher de la bouche, de chaque côté du frein, étaient gonflées, presque variqueuses.

Deux autres observations de sialorrhée post-grippale me sont signalées de la part du docteur Monmarson, de Saint-Maur.

Est-ce là, d'ailleurs, une étiologie qui doive tellement nous surprendre ?

L'étude de la sialorrhée nous montre ce symptôme en conséquence passible des intoxications et des infections. Le toxique, l'agent d'infection peuvent agir, soit directement sur les glandes, soit sur les centres nerveux. Dans le premier cas, d'action directe sur les glandes, la salivation peut se présenter comme un phénomène critique, analogue aux crises sudorales ou urinaires.

Ici, il ne s'agit, bien entendu, de rien de semblable puisque cette crise peut durer trois semaines, un mois et davantage. C'est évidemment par leur action sur les centres nerveux qu'agissent les éléments toxi-infectieux. Or dans les traités qui parlent de la sialorrhée, et, en particulier, dans l'excellent article de Klippel et Lefas (1), nous voyons signalées, comme causes toxiques et infectieuses, l'urémie et la goutte ; mais, en dehors de la variole et des oreillons, qui fournissent le maximum des cas observés, on ne signale guère, et encore d'après les auteurs anciens, que des fièvres doubles et quarte, la fièvre typhoïde, la dysenterie et la pneumonie.

Les quatre faits que nous rapportons avec nos confrères semblent permettre désormais de compter la *grippe* parmi

(1). KLIPPEL et LEFAS. De la Sialorrhée. *Gaz des hôp.*, 15 mai 1897, page 557.

les causes possibles de la Sialorrhée, le poison grippal pouvant toucher le point bulbaire qui commande la sécrétion salivaire, comme on le voit, dans d'autres cas, porter ses atteintes sur le centre du pneumogastrique.

M. Le Gendre. Dans l'observation de M. Triboulet, je relève que la rialorrhée cessait pendant le sommeil. C'est une particularité que j'ai notée dans deux cas de sialorrhée chronique datant l'un de plusieurs mois, l'autre de plusieurs années, et qui m'ont paru être d'origine névropathique. L'une d'elles coïncidait avec la ménopause. Les malades, des femmes toutes deux, qui rendaient tout le jour de pleins crachoirs de salive et ne pouvaient, éveillées, se coucher sur le dos sans être obligées de se rasseoir aussitôt ou d'incliner la tête sur le côté pour permettre au flux salivaire de s'écouler, s'endormaient naturellement à l'heure habituelle et n'étaient jamais réveillées par le besoin de saliver. Mais, si elles étaient réveillées par une autre cause, besoin d'uriner, par exemple, la Sialorrhée recommençait immédiatement pour cesser si la malade se rendormait. Une telle particularité pourrait peut-être servir à différencier les Sialorrhées de causes nerveuses de celles qui sont de cause organique.

M. Rendu. Il me paraît probable, comme à M. Triboulet, qu'il n'y a pas lieu de mettre en cause ici la quinine et la strychnine, et que vraisemblablement c'est à l'iode de potassium qu'il convient d'attribuer cette sialorrhée persistante. Seulement, ce qui est insolite, c'est de voir le trouble fonctionnel se produire précisément au moment où cesse l'administration du médicament. Les troubles salivaires provoqués par l'iode de potassium sont communs : la plupart des malades qui prennent ce médicament ont dans la bouche un goût métallique qui les incite à saliver ; quelque fois même on voit survenir des gonflements de la glande sous-maxillaire et de la parotide qui peuvent simuler, dans une certaine mesure, les oreillons. Mais c'est au moment de

l'administration du médicament, et non après sa cessation, que se produisent ces accidents. Sous ce rapport, le cas de M. Triboulet est tout-à-fait anormal, d'autant plus que nous savons qu'en général, l'iodure est un médicament qui s'élimine facilement et rapidement.

M. Variot. — A l'appui de l'interprétation de M. Triboulet, je rappellerai que l'élimination de l'iodure de potassium n'est pas toujours rapide, que ce médicament peut s'accumuler dans l'organisme et que ses effets toxiques sont parfois retardés. J'ai gardé le souvenir d'un travail expérimental fait dans le laboratoire de physiologie de M. Richet, il y a une dizaine d'années, par un de ses élèves ; on retrouvait l'iodure dans les urines des animaux qui avaient reçu de fortes doses d'iodure plus de trois semaines après qu'on avait cessé l'administration du médicament. J'ai fait rechercher à cette époque l'iodure dans les urines d'un enfant atteint de psoriasis et avait reçu des doses massives de ce médicament.

On en retrouva des traces plus de quinze jours après qu'on eût cessé l'emploi du médicament.

Vu : le Président de la Thèse,
FOURNIER.

Vu :
Le Doyen de la Faculté,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

BARBIER (d'Amiens). — Atrophie mammaire pendant un traitement par l'iode 1825.

BRIQUET. — L'iodisme. *Semaine médicale*, 8 avril 1893.

BRADLEY (Miss). — L'iodisme. Thèse Paris 1887.

CLAUDE-BERNARD. — Physiologie opératoire, p. 512.

CLAISSE et DUPRÉ. — Société de Biologie, 27 janvier 1894.

COINDET. — Bibliothèque Universelle de Genève, vol. xvi, 1821., vol. xiv 1820.

COMBY. — Les Parotidites toxiques ; *Méd. mod.* 23 juin 1897, page 401.

Diagnostic, anatomie pathologique et pathogénie des oreillons : *Bulletin médical* 1893, page 87.

Les oreillons. COLLECT, CHARCOT et DEBOVE, Paris 1893. RUEFF, édit.

CULLERIER. — Atrophie testiculaire et mammaire. *Revue médicale* 1847, vol II, page 603.

DELFIÉ. — Atrophie mammaire iodique. *Journ. de Physiologie* 1825, p. 393.

FOURNIER. — Traitement de la syphilis.

GALIPPE. — Soc. de Biologie, 3 février 1864.

HUFLAND. — Effets de l'iode sur la glande mammaire. *Journal für praktischen Heilkunde*, juin 1824.

JAHN. — L'iodisme. *Arch. für méd. Erfahr.* Berlin 1829. 1 page 338.

Dictionnaire de médecine 1829, Paris.

JOSEPH NOB. — Diagnostic de la perméabilité rénale. Soc. de Biologie, 9 fév. 1895.

RENAULT et SALMON. — Note pour servir à l'histoire de la parotidite double chronique. Soc. méd. des hopit., 19 janvier 1894.

RICORD. — Augmentation de poids, salivation, etc.. dans le trai-

tement par iodure de potassium. *Bul., thérapeutique* T. xvii, n° 23, page 164.

RILLIET. — Iodisme constitutionnel. *Bull. de l'Acad. de médecine*, 11 janvier 1858-59, xxiv page 23.

Union médicale 1860. 2 s. iv, page 433.

Gazette hebdomadaire de méd et de chir. T. vii 1860, page 23.

TRIBOULET. — Sialorrhée postgrippale. Société méd. des hôpitaux, 12 mai 1899.

VILLAR. — *France médicale*, 2 juin 1887: Iodisme ourlien. T. i, n° 64, page 716.

WOLFE. — Empoisonnement par l'iodure de potassium. *Bul. Klin Wochenschrift*, 3 août 1883.
